

長泉町病児保育事業利用申請書

年 月 日

長泉町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

長泉町病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|                |                                |                                                                                |      |       |
|----------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| (ふりがな)<br>児童氏名 |                                |                                                                                | 生年月日 | 年 月 日 |
|                |                                |                                                                                |      |       |
| 保育所名等          |                                |                                                                                |      |       |
| 利用事由           | ①                              | 児童が病気である                                                                       |      |       |
|                |                                | 病名及び症状                                                                         |      |       |
|                | ②<br>該当する番号<br>を○で囲んで<br>ください。 | 1. 仕事のため<br>2. 家族の介護のため<br>3. 冠婚葬祭のため<br>4. 児童の兄弟姉妹の学校（園）行事に出席のため<br>5. その他（ ） |      |       |
| 利用希望期間         | 年 月 日 ～ 年 月 日                  |                                                                                |      |       |
| 備考             |                                |                                                                                |      |       |

利用事由については①及び②いずれの条件にも該当するものとする。

【希望する方は☑を記入してください。】

☐ 長泉町病児保育事業利用承認（不承認）決定通知書の送付を希望する。